

## Potensi dan Kendala Kelembagaan dalam Pelaksanaan Program Penanggulangan HIV-AIDS di Kota Makassar

**Shanti Riskiyani**

shantiriskiyani@gmail.com

Universitas Hasanuddin

### **Abstract**

*HIV-AIDS program in Indonesia until now cannot be separated from global health initiatives carried out through various program and funding schemes. Although the financing of these global initiatives tends to decline over the years, funding for HIV-AIDS program still depends on bilateral and multilateral grants. This article examines institutional potency and constraints in the implementation of the HIV-AIDS prevention program in Makassar. Data was collected using in depth-interviews with five stakeholders and also a focus group discussion with twelve participants represented their institution as service providers and some beneficiaries. The study shows that the process of drafting local regulation (Perda) also involved NGOs and community organizations, particularly those engaged in the issue of HIV-AIDS in South Sulawesi. However, the existence of this regulation needs to be supported by technical policies at the regional level. Provincial AIDS Commission as a non-structural institution had poor power to encourage other institution under provincial government. Central government and donors still the main funding for the program. A financing support from local government is more on prevention activities. Furthermore, in some non-health institutions, they “wrap-up” HIV-AIDS issues with other activities that connected to their core business. According to their main task and function, HIV issues is not part of their business, so financial support for this activity should not be shown on their program. Several primary health cares in Makassar already had a service for HIV-AIDS program. Public health services were a routine program for health institution, while non-health institutions only involved in prevention activities and is only implemented occasionally as a part of national health ceremony. Other activities for HIV-AIDS program is implemented by NGOs through outreach program and community support. Meanwhile, the program still lacks of well-trained and skillful human resources since most of related training is held by central government, and this creates regional dependence on the central government. The strength of personalization in HIV program in Makassar is a leverage for the success of the program. Those who care about people living with HIV, will had a maximum effort in their job. However, this can be a “double-edged knife” if the those person is no longer working on a HIV program.*

**Keyword:** HIV-AIDS, Personalization, Stakeholders, and SKPD.

### **Pendahuluan**

Posisi Kota Makassar sebagai salah satu pusat industri dan perdagangan serta pintu gerbang kawasan timur Indonesia

mendatangkan konsekuensi negatif berupa berkembangnya industri seks, perilaku seks menyimpang, maraknya peredaran dan penggunaan narkotika. Kondisi itu kemudian

menjadi faktor pemicu bagi muncul dan berkembangnya infeksi HIV di Kota Makassar (Ford dkk, 1997; Nasir dan Rosenthal, 2009). Komisi Penanggulangan AIDS Kota Makassar melaporkan bahwa hingga Oktober 2015 terdapat 7016 kasus HIV-AIDS dengan peningkatan jumlah kasus rata-rata 25-30 kasus baru setiap tahunnya. Penularan lewat perilaku seksual berisiko maupun penyuntikan narkoba mendominasi infeksi HIV di kota ini.

Inisiatif kesehatan global di Indonesia sejak awal permasalahan HIV-AIDS di Indonesia terbukti telah mampu meningkatkan pendanaan program dan sebagai konsekuensinya mampu meningkatkan cakupan layanan terkait dengan HIV-AIDS. Meski pembiayaan dari inisiatif global ini cenderung menurun dari tahun ke tahun tetapi saat ini, pembiayaan untuk penanggulangan AIDS masih bergantung dari hibah bilateral maupun multilateral.

Penanggulangan HIV-AIDS di Kota Makassar dan Indonesia pada umumnya bermula dari adanya inisiatif kesehatan global sejak awal munculnya permasalahan HIV-AIDS di Indonesia. Inisiatif kesehatan global tersebut terbukti telah mampu meningkatkan pendanaan program dan sebagai konsekuensinya mampu meningkatkan cakupan layanan terkait dengan HIV-AIDS. Meski pembiayaan dari inisiatif global ini cenderung menurun dari tahun ke tahun tetapi saat ini, pembiayaan untuk penanggulangan AIDS masih bergantung dari hibah bilateral maupun multilateral.

Namun peran kesehatan global yang demikian besar dalam penanggulangan AIDS itu memunculkan berbagai konsekuensi negatif terhadap sistem kesehatan (baca Atun dkk. 2010a; 2010b; Conseil dkk. 2010; Desai dkk. 2010). Konsekuensi negatif yang dimaksud: seperti berkembangnya sistem ganda yaitu sistem penanggulangan HIV-AIDS dan sistem kesehatan pada umumnya, lemahnya insentif dari sistem kesehatan untuk mendukung upaya

penanggulangan AIDS dan terbatasnya integrasi layanan HIV-AIDS dengan layanan kesehatan yang lain. Selain itu, koordinasi berbagai upaya kesehatan dengan mengembangkan sistem perencanaan, koordinasi dan monitoring yang terpisah dari upaya kesehatan lain; sementara ada kekhawatiran bahwa situasi ini akan memperburuk sistem kesehatan karena akan menggerus sarana dan prasarana yang menunjang keberlangsungan program penanggulangan AIDS.

Sementara itu, hasil penelitian Atun dkk. (2010), Cash-Gibson dan Rosenmoller (2014), Kawonga (2013), Kawonga dkk. (2012), Shigayeva dkk. (2010), Grepin dan Reich (2008) menunjukkan bahwa keberhasilan dan keberlanjutan program penanggulangan HIV-AIDS meniscayakan adanya integrasi di antara berbagai lembaga atau organisasi yang terlibat dalam penanggulangan HIV-AIDS ke dalam sistem kesehatan.

Secara singkat berbagai penelitian tersebut menunjukkan bahwa tingkat integrasi yang lebih tinggi akan mengarahkan kemampuan sistem kesehatan untuk memperbaiki status kesehatan dan kepuasan penerima manfaat yang dilayani oleh intervensi tersebut. Konsep integrasi sebenarnya dalam operasionalisasinya didefinisikan secara berbeda-beda oleh para peneliti sesuai dengan konteks penelitiannya tetapi secara umum merujuk pada pengaturan secara organisasional dan manajemen yang ditujukan untuk membangun kerja sama, kemitraan, layanan yang berkelanjutan dan terkoordinasi, saling menyesuaikan, dan berjejaring (Shigayeva dkk. 2010; Coker dkk. 2010).

Sebagaimana halnya di tingkat nasional dan di tempat-tempat lain di Indonesia, selain memberikan dampak positif seperti telah disebutkan di atas, keberadaan dan inisiatif lembaga donor internasional dalam mendukung program-program HIV-AIDS di Sulawesi Selatan (Sulawesi Selatan) ini telah menghasilkan dampak-dampak negatif terhadap sistem

kesehatan yang ada (Atun dkk. 2010; Desai dkk. 2010). Dampak-dampak negatif antara lain berkembangnya sistem ganda yaitu sistem penanggulangan HIV-AIDS yang belum terintegrasi dalam sistem kesehatan yang ada di daerah tersebut serta lemahnya dorongan sistem kesehatan yang ada untuk mendukung pendanaan program-program HIV-AIDS. Koordinasi antar berbagai lembaga pemerintah seperti Satuan Kerja Pemerintah Daerah (SKPD) maupun lembaga-lembaga non-pemerintah dan komunitas dan populasi kunci dalam mengembangkan sistem perencanaan, implementasi, pelaporan, monitoring dan evaluasi juga masih lemah. Kondisi-kondisi ini yang memicu munculnya sejumlah penelitian dan rekomendasi untuk meningkatkan integrasi program-program HIV-AIDS (pencegahan, Perawatan-Dukungan-Pengobatan/PDP dan mitigasi dampak) ke dalam sistem kesehatan (Atun dkk. 2010; Coker dkk. 2010; Kawonga 2012).

Artikel ini memetakan berbagai kekuatan atau potensi dan kendala sistem kesehatan di Kota Makassar dalam implementasi program HIV-AIDS di Kota Makassar. Dengan menemukenali potensi dan kendala tersebut, maka ini dapat dijadikan sebagai kerangka acuan untuk menyusun model penanggulangan HIV-AIDS yang terintegrasi ke dalam sistem

kesehatan yang ada.

#### Metode Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Kota Makassar, dengan mempertimbangkan implementasi program penanggulangan HIV-AIDS dan situasi kasus HIV di Sulawesi Selatan. Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi menyatakan hingga bulan Desember 2017, terdapat 13.894 kasus HIV-AIDS di Sulawesi Selatan yang mana terdapat penambahan kasus baru sebanyak 3.839 dari tahun 2014 hingga November 2018.

Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam (WM) dan diskusi kelompok terarah (DKT) terhadap informan yang berasal dari berbagai lembaga pemerintah atau Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) serta Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) yang memiliki atau terkait dengan program-program HIV-AIDS, termasuk mereka yang mewakili populasi kunci di Kota Makassar.

Informan pada penelitian ini adalah mereka yang memiliki keterkaitan maupun keterlibatan pada penanggulangan HIV-AIDS di Sulawesi Selatan. Sebelum berpartisipasi, informan dimintai kesediaannya terlebih dahulu dengan menjelaskan tujuan dari penelitian. Adapun persetujuan akan waktu dan tempat wawancara merupakan kesepakatan bersama antara informan dan peneliti.

Tabel 1. Informan Penelitian

No.	Jabatan	Instansi	Metode	
			WM	DKT
1	Sekretaris	KPA Provinsi Sulawesi Selatan	x	x
2	Staf	Bappeda Sulawesi Selatan	x	x
3	Kepala	Badan Pengelola Keuangan dan Aset Kota Makassar	x	
4	Pengelola Program HIV-AIDS	Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan	x	x
5	Staf Pokja HIV-AIDS	RS Wahidin Sudirohusodo	x	x
6	Sekretaris	KPA Kota Makassar		x
7	Staf P2M	Dinas Kesehatan Kota Makassar		x
8	Staf	Dinas Sosial Kota Makassar		x
9	staf	Dinas Sosial Prov Sulawesi Selatan		x

No.	Jabatan	Instansi	Metode	
			WM	DKT
10	Staf	Dinas Tenaga Kerja dan Transmigrasi		x
11	Staf	Puskesmas Andalas		x
12	Direktur	Yayasan Peduli Kelompok Dukungan Sebaya		x
13	Direktur	Yayasan Gaya Celebes		x
14	Ketua	Persaudaraan Korban Napza Makassar		x
15	Direktur	LSM YMH		x

Selain itu juga dilakukan pertemuan validasi yang diikuti oleh KPAP, KPAK, Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kota, Dinas Sosial, dan Puskesmas. Hal ini dilakukan dengan bertujuan untuk memperoleh klarifikasi maupun masukan atas data yang sudah berhasil dikumpulkan.

Selanjutnya, data yang telah dikumpulkan dianalisis secara tematik (*thematic analysis*) (Green dan Thorogood 2009). Beberapa tahapan dalam analisis tematik tersebut adalah koding (*coding*) untuk menemukan tema-tema yang muncul yakni; formulasi kebijakan, pembiayaan, upaya kesehatan, dan sumber daya manusia. Selanjutnya dari tema yang ada dilihat interaksinya antar tema. Lewat analisis tematik ini ditemukan pola-pola interaksi antar pemangku kepentingan dan tingkat integrasi program-program HIV-AIDS dalam sistem kesehatan nasional.

#### **Program-program HIV-AIDS di Kota Makassar**

Kasus HIV pertama di Sulawesi Selatan ditemukan pada tahun 1996, dari pasangan calon pengantin yang sebelumnya adalah WPS (wanita pekerja seks). Pada saat itu muncul pemberitaan-pemberitaan sensasional di media-media massa lokal (Harian Fajar dan Pedoman Rakyat) bahwa ada tiga pasangan calon pengantin yang berstatus HIV positif. Calon mempelai perempuan merupakan penghuni tempat rehabilitasi sosial penyandang masalah kesejahteraan sosial (PMKS) milik Provinsi Sulawesi Selatan. Mereka adalah mantan WPS yang terjaring operasi “penyakit

masyarakat” oleh Satpol PP Sulawesi Selatan. Pemberitaan tiga kasus HIV positif pada populasi WPS ini merupakan kasus-kasus pertama munculnya kasus HIV di Sulawesi Selatan. Pemberitaan-pemberitaan media massa pada saat itu masih sangat cenderung diskriminatif dan menghakimi latar belakang WPS yang terinfeksi virus HIV.

Program penanggulangan AIDS di Sulawesi Selatan mendapatkan dukungan dana dari *Global Fund AIDS, Tuberculosis and Malaria* (GF ATM). Dukungan ini berfokus pada penyiapan layanan kesehatan yang terkait dengan HIV-AIDS. Pada periode ini banyak pelayanan tes HIV, pengobatan ARV dan Program Terapi Rumatan Methadon (PTRM) dibangun dan dikembangkan. Semua layanan tersebut untuk menambah daya dorong populasi kunci untuk mengakses layanan terkait HIV yang dianggap masih cukup sulit. Bahkan Pemerintah Sulawesi Selatan tidak hanya sekadar merestui, tapi juga memberikan dukungan dengan mengeluarkan beberapa kebijakan yang memudahkan populasi kunci dapat mengakses layanan.

Sejumlah SKPD di Sulawesi Selatan yang juga merupakan anggota dari KPA, seperti Dinas Kesehatan, Dinas Sosial, Dinas Tenaga Kerja, Dinas Pendidikan dan Kebudayaan, juga telah mulai melakukan program-program penanggulangan HIV-AIDS sejak pertengahan 1990an atas dorongan dari AusAID melalui IHPCP (Indonesian HIV-AIDS Prevention dan Care Project AusAID). Namun KPAP Provinsi Sulawesi Selatan menilai dukungan terhadap

upaya penanggulangan AIDS dari para pemangku kepentingan (*stakeholders*) masih minim. Termasuk masih rendahnya dukungan dari para kepala daerah di Sulawesi Selatan. Indikatornya antara lain adalah dari 27 kabupaten dan kota di Sulawesi Selatan, tak sampai setengahnya yang telah menganggarkan secara khusus dana penanggulangan AIDS dalam APBD mereka. Kalau pun ada, masih sangat minim. Indikator lainnya adalah masih banyak daerah yang belum memiliki sekretariat KPA (Tribun Timur 2014).

Saat ini Provinsi Sulawesi Selatan telah memiliki Peraturan Daerah (Perda) Pencegahan dan Penanggulangan HIV-AIDS Nomor 4 tahun 2010. Tiga kabupaten di Provinsi ini juga telah memiliki Perda serupa yakni kabupaten Wajo, Bulukumba dan Luwu Timur. Tahun ini, Kabupaten Luwu Timur memperoleh penghargaan dari Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN) atas keberhasilannya mendorong dunia usaha berperan aktif dalam penanggulangan HIV di wilayahnya. PT. Vale

telah konsisten untuk aktif dalam penanggulangan HIV di Luwu Timur, diantaranya dengan menyediakan sarana dan prasarana test HIV.

Di Kota Makassar saat ini terdapat lima, Puskesmas yang merupakan Puskesmas Layanan Komprehensif Berkesinambungan (LKB) yakni Kassi-Kassi, Jumpandang Baru, Makkasau, Jongaya, dan Andalus. Selain Puskesmas, keberadaan Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo yang merupakan rumah sakit rujukan Indonesia Timur di kota ini juga menjadikan kota ini merupakan tujuan bagi masyarakat dari bagian timur Indonesia untuk berobat. Selain itu, sejumlah rumah sakit pemerintah dan klinik telah menyediakan layanan pengobatan pasien HIV, baik itu terapi ARV (*anti-retroviral*) maupun penyakit infeksi terkait HIV. **Tabel 2** di bawah ini menunjukkan lembaga/instansi yang terlibat dalam program-program penanggulangan HIV-AIDS di Kota Makassar.

Tabel 2. Distribusi Instansi/Lembaga yang Terlibat dalam Penanggulangan HIV-AIDS di Kota Makassar

Kota	Pencegahan	PDP	Mitigasi Dampak
Makassar	KPA Provinsi Biro Bina NAPZA dan HIV KPA Kota Makassar	Dinkes Provinsi Dinkes Kota	Dinsos Provinsi, YPKDS
	Disnakertrans Provinsi Dinas Dikbud Provinsi	RSWahidin SudiroHusodo, RSLabuang Baji, RS Daya RSKD Dadi	
	Disnakertrans Kota Dinas Dikbud Kota PKBI Gaya Celebes KRA AIDS LSM YMH	Puskesmas Kassi-Kassi, Jumpandang Baru, Makkasau, Andalus, Jongaya	
	Lapas Gunung Sari, Rutan Gunung Sari, Lapas narkotika, Lapas Perempuan, Balai Pemasyarakat		

**Tabel 3** menggambarkan hasil analisis *stakeholders* yang mengindikasikan bahwa

lembaga-lembaga atau instansi-instansi kesehatan, seperti Dinas Kesehatan (Dinkes),

Rumah Sakit dan Puskesmas maupun lembaga-lembaga khusus terkait HIV-AIDS seperti KPA Provinsi dan KPA Kota dan beberapa LSM memiliki kepentingan kuat dan sumber daya yang cukup. Hal ini dikarenakan tugas dan tanggung jawab dari lembaga ini melekat pada keberlangsungan dan keberlanjutan program HIV-AIDS. Namun dengan posisi lembaga ini yang tidak berada pada struktur pemerintahan (bukan lembaga struktural), menjadikan lembaga ini kurang memiliki kekuasaan untuk mendorong kebijakan dan arah pembangunan di daerah yang berpihak pada penurunan

prevalensi kasus HIV-AIDS di kota ini. Tugas pokok dan fungsi (tupoksi) lembaga-lembaga ini yang memang berfokus pada masalah kesehatan, termasuk HIV-AIDS, membuat kepentingan mereka besar dan bersifat langsung. Selain itu, lembaga-lembaga ini memiliki kepentingan terhadap pelatihan-pelatihan (teknis maupun manajemen) terkait HIV-AIDS. Adapun sumber daya yang cukup ditunjukkan dengan tersedianya sumber daya manusia (*resources*) yang rata-rata lebih terlatih dibandingkan lembaga-lembaga non kesehatan.

Tabel 3. Peran Pemangku Kepentingan Dalam Program HIV di Makassar

Pemangku Kepentingan	Peran	Kepentingan			Resources		
		Tinggi	Sedang	Rendah	Tinggi	Sedang	Rendah
Bappeda Provinsi Sulawesi Selatan	Koordinasi anggaran		x				x
Biro Bina NAPZA/ HIV-AIDS Provinsi Sulawesi Selatan	Melaksanakan program NAPZA serta HIV-AIDS		x			x	
Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan	Penyediaan SDM serta alat kesehatan dan farmasi	x				x	
KPA Provinsi Sulawesi Selatan	Koordinasi di tingkat Provinsi	x				x	
Dinas Kesehatan, Tenaga Kerja dan Transmigrasi Provinsi Sulawesi Selatan	Pengawas norma kerja di perusahaan; Bimbingan teknis kesehatan program penanggulangan HIV di tempat kerja		x				x
Bappeda Kota Makassar	Pengusulan anggaran dari SKPD		x				x
Badan pengelola keuangan dan asset Kota Makassar	Lembaga teknis dalam pengelolaan anggaran		x				x
Dinas Kesehatan Kota Makassar	Penyediaan layanan di tingkat kota	x				x	

Potensi dan Kendala Kelembagaan dalam Pelaksanaan Program .....

Pemangku Kepentingan	Peran	Kepentingan			Resources		
		Tinggi	Sedang	Rendah	Tinggi	Sedang	Rendah
KPA Kota Makassar	Koordinasi dengan SKPD tingkat kota, Yankes tingkat kota dan melakukan monitoring	x				x	
Dinas Kesehatan Kota Makassar	Dukungan bagi komunitas		x				x
RS. Wahidin Sudirohusodo	Penyedia layanan	x			x		
YPKDS	Dukungan dan dampingan ODHA di Sulawesi Selatan	x				x	
YAPIN	Dukungan dan pendampingan bagi WPSTL	x				x	
PKBI Sulawesi Selatan	Pemberian informasi HIV pada masyarakat melalui community organizing	x				x	
YMH	Dukungan dan pendampingan pada buruh		x			x	
Media Massa	Pemberian informasi HIV- AIDS		x			x	
DPRD Kota	Pendanaan dan regulasi		x				x
Organisasi International	Dukungan dana dan bantuan teknis	x			x		
Organisasi Keagamaan (NU, Muhammadiyah, IMMIM, Gereja)	Pencegahan dan pemberian informasi	x				x	

Lembaga-lembaga atau SKPD non-kesehatan di kota Makassar rata-rata memiliki kepentingan dan sumber daya yang cukup atau bahkan rendah. Lembaga-lembaga yang cukup strategis dalam hal pendanaan seperti Bappeda dan DPRD Provinsi Sulawesi Selatan maupun

Kota Makassar rata-rata memiliki kepentingan berkategori cukup dan sumber daya yang relatif rendah. Tupoksi mereka yang tidak terkait langsung dengan kesehatan dan HIV-AIDS membuat kepentingan mereka tidak sebesar lembaga-lembaga atau SKPD kesehatan di atas.

Sementara itu akses mereka yang lebih sedikit pada pelatihan (teknis maupun manajemen) terkait HIV-AIDS membuat sumber daya mereka rata-rata lebih rendah dibandingkan lembaga-lembaga atau SKPD kesehatan.

### **Kekuatan dan Kelemahan Dalam Pelaksanaan Program Penanggulangan HIV-AIDS**

Dalam mengatasi pertambahan kasus HIV-AIDS di Kota Makassar, maka berbagai upaya telah dilakukan, baik itu merupakan amanat program yang berasal dari pusat, maupun inisiatif dari pelaksana dan mereka yang menjadi penerima program HIV di kota ini. Hasil studi ini merumuskan temuan yang ada berdasarkan analisa terhadap sub-sistem dalam kerangka Sistem Kesehatan Nasional (SKN), yakni formulasi kebijakan, pembiayaan, upaya kesehatan, dan sumber daya manusia. Berdasarkan analisa ini terlihat adanya kekuatan dan kelemahan dari implementasi program HIV-AIDS di kota Makassar.

#### *Formulasi Kebijakan: “Anak Tiri” vs “Anak Kandung”*

Pada tahap-tahap awal penyusunan regulasi di tingkat Provinsi Sulawesi Selatan seperti Peraturan Daerah (Perda) Pemerintah Sulawesi Selatan No. 4 Tahun 2010 prosesnya melibatkan lembaga-lembaga lintas sektor di tingkat provinsi maupun kabupaten/kota begitu pula para akademisi dan peneliti dari perguruan-perguruan tinggi. Para perwakilan populasi kunci dan penerima manfaat seperti perwakilan ODHA (orang dengan HIV-AIDS), penasun (pengguna narkoba suntik), WPS (wanita pekerja seks), waria dan LSL (lelaki seks lelaki) juga dilibatkan pada tahap-tahap permulaan ini. Namun, penyelesaian akhir Perda tersebut lebih banyak melibatkan lembaga-lembaga yang terkait langsung dengan HIV seperti Dinas Kesehatan, KPA Provinsi dan kabupaten/kota serta individu-individu yang telah terlibat lama dalam program penanggulangan HIV-AIDS di Sulawesi Selatan.

Pada tahap-tahap awal penyusunan Perda itu kita tentu mengundang banyak pihak untuk berdiskusi. Pertemuan-pertemuan besar membahas mengapa Perda itu penting, apa-apa saja yang harus dimasukkan dalam Perda dan seterusnya, namun kan ada tenggat waktu kapan Perda itu harus jadi sehingga kita harus membuat tim-tim inti. Anggota tim-tim inti yaa orang-orang yang banyak tahu tentang teknis pencegahan dan penanggulangan HIV. Tentu teman-teman dari Dinkes, KPAD, Unhas dan juga kawan-kawan LSM. Mereka-mereka yang memang sudah lama di dunia HIV...Prosesnya seperti itu. Namun seperti sudah dikatakan tadi, kelemahan utamanya regulasi ini adalah di sosialisasinya. Yang cukup paham mengenai Perda ini saya kira hanya diketahui kalangan-kalangan yang saya sebut tadi (Rasmah, Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, 2 Juni 2014).

Sosialisasi ada tapi cenderung sporadis. Minggu depan ini contohnya saya diundang Bupati Sinjai untuk beri sosialisasi di sana. Kabupaten Sinjai kan memang baru tahun lalu selesai pemilihan kepala daerah (Pilkada). Jadi masih terbilang bupati baru. Orang-orang baru seperti ini butuh advokasi supaya lebih punya komitmen ke masalah HIV (Saleh Rajab, KPA Provinsi Sulawesi Selatan, 2 Juni 2014).

Patut dicatat bahwa posisi KPA sendiri, di tingkat provinsi maupun kabupaten/kota, seringkali problematis. Kekuatan dan wewenang untuk mengordinasikan SKPD-SKPD yang seharusnya terlibat dalam program-program penanggulangan HIV-AIDS tidak optimal. Ini antara lain dikarenakan KPA Provinsi dan kabupaten/kota bukanlah lembaga struktural namun tugas dan fungsinya adalah mengordinasikan SKPD-SKPD yang merupakan



lembaga-lembaga struktural. Situasi ini menempatkan KPA Provinsi seperti "anak tiri" karena bukan lembaga struktural dibawah pemerintah provinsi Sulawesi Selatan.

Kita di KPA ini seperti "anak tiri" yang disuruh mengatur para "anak kandung" (SKPD-SKPD). Tidak mudah, tapi terus kita upayakan. Untungnya seperti sudah menjadi tradisi sejak awal terbentuknya, sekretaris KPA itu selalu pamong atau pensiunan pegawai senior, seperti saya...Ya, jadi saya cukup kenal banyak orang di SKPD-SKPD dan juga pejabat-pejabat di kabupaten. Ini berguna untuk mengatasi kendala-kendala karena posisi KPA yang bukan lembaga struktural itu (Saleh Rajab, KPA Provinsi Sulawesi Selatan, 2 Juni 2014).

Posisi sekretaris KPA Provinsi Sulawesi Selatan yang selalu diisi oleh pamong atau pensiunan pegawai negeri sipil senior juga memungkinkan yang bersangkutan secara personal atau informal mendekati gubernur atau wakil gubernur. Hal ini dianggap penting dilakukan untuk mengadvokasi kebijakan daerah baik itu untuk penganggaran maupun dukungan sumber daya dalam penanggulangan HIV-AIDS di Sulsel.

Kalau di KPA sendiri selalu kita menggunakan kewenangan Pak Wagub (wakil gubernur) atau Pak Gubernur untuk mendorong para bupati atau pemerintah kabupaten/kota memberdayakan itu KPA. Nah kalau sudah ada KPA nya, kita dorong supaya dibentuk Pokja (kelompok kerja). Kalau kita di KPA Provinsi sendiri ada 6 Pokja termasuk pokja pencegahan HIV di tempat kerja itu, Pokja media, Pokja Harm Reduction dan ada Pokja Agama, ada Pokja Perempuan dan Anak. Kita di KPA Provinsi tak henti-henti mendorong walikota atau bupati, apalagi walikota atau bupati baru supaya ada kepedulian terhadap HIV

dan KPA (Saleh Rajab, KPA Provinsi Sulawesi Selatan, 2 Juni 2014).

Khususnya di tingkat KPA Provinsi Sulawesi Selatan, peran sentral figur sekretaris KPA (personalisasi) sangat menonjol. Posisi sekretaris KPA Provinsi Sulawesi Selatan yang merupakan pamong atau pensiunan pegawai negeri sipil senior memungkinkannya memiliki "wibawa" untuk mengordinasikan utusan-utusan SKPD-SKPD dalam pertemuan-pertemuan koordinasi yang dilakukan oleh KPA Provinsi. Posisi tersebut juga memungkinkannya memiliki "wibawa" untuk mengadvokasi para walikota atau bupati untuk meningkatkan kepedulian terhadap program-program HIV-AIDS serta keberadaan KPA kabupaten/kota.

Posisi KPA Provinsi yang dianggap sebagai "anak tiri" tidak menjadikannya lembaga yang tidak memiliki peran/wewenang ketika berhubungan dengan program penanggulangan HIV di Sulawesi Selatan. Meski tidak berada dalam struktur pemprov, figur dari sekretaris KPAP yang merupakan mantan pejabat senior dan memiliki hubungan personal cukup baik dengan pemangku kepentingan yang sedang menjabat, membantu program ini untuk dapat terlaksana dan diinisiasi oleh SKPD lain sebagai bagian dari anggota KPAP.

Peran figur (personal) ini kemungkinan merupakan strategi yang dipakai di tingkat KPA Provinsi Sulawesi Selatan untuk mengatasi kenyataan bahwa KPA itu bukan lembaga struktural namun diharapkan mengordinasikan lembaga-lembaga struktural (SKPD-SKPD) dalam program penanggulangan HIV-AIDS. Nuansa personifikasi juga terasakan di tingkat KPA Kota Makassar.

Meskipun dalam sejumlah hal, strategi ini merupakan sebuah capaian atau upaya sementara untuk mengatasi hambatan-hambatan yang ada, hal ini kurang menjamin keberlangsungan program dalam jangka panjang. Posisi KPA Provinsi yang problematis

ini misalnya yang membuatnya mendapatkan pendanaan lebih kecil dibanding SKPD, seperti Biro Bina NAPZA dan HIV-AIDS yang merupakan lembaga struktural.

Seperti telah dijelaskan sebelumnya, konteks, proses dan substansi kebijakan dan program penanggulangan HIV-AIDS di Kota Makassar sudah mengalami beberapa kemajuan seperti keberadaan Peraturan Daerah (Perda) Pencegahan dan Penanggulangan HIV-AIDS No. 4 Tahun 2010. Namun dalam aspek konsistensi regulasi dan kebijakan HIV-AIDS masih terdapat kesenjangan karena regulasi ataupun kebijakan tersebut tidak selamanya diketahui oleh para pemangku kepentingan.

Dari aspek sinergi fungsi dan peran KPA, Dinas Kesehatan, lintas sektoral dan LSM dalam penanggulangan HIV-AIDS pada tingkat Kota Makassar telah ada koordinasi antara lembaga-lembaga tersebut. Namun, koordinasi ini tidak selalu berjalan lancar dan lebih sering merupakan hasil dari hubungan-hubungan baik dan personal antar individu-individu (personalisasi) dalam lembaga-lembaga tersebut. Koordinasi yang terlembagakan (institusionalisasi) belum terbangun secara memadai.

#### *Pembiayaan: "Terbungkus" Dalam Tupoksi*

APBD Sulawesi Selatan melalui Dinkes Provinsi telah memberikan dukungan pembiayaan meskipun dengan jumlah yang tidak banyak, Rp 50.000.000,- (untuk tahun 2014). Anggaran yang ada diperuntukkan bagi kegiatan pencegahan, misalnya sosialisasi baik di tingkat masyarakat umum maupun komunitas. Dana ini tidak dialokasikan bagi pengobatan, misalnya, untuk penyimpanan distribusi ARV. Penyimpanan ARV masih menggunakan gudang swasta yang biaya penyewaannya dibiayai oleh Global Fund.

Dalam aspek pengelolaan pembiayaan terhadap program-program penanggulangan HIV-AIDS di Kota Makassar, dana Global Fund diperoleh dari Kementerian Kesehatan yang

kemudian diteruskan ke Dinkes. Pengelolaannya dilakukan secara mandiri oleh Dinkes berdasarkan pedoman laporan keuangan Global Fund. Di Provinsi Sulawesi Selatan, Global Fund mendanai program AIDS, Malaria dan TB, sehingga di pengelolaan keuangannya juga dilakukan secara terpisah. Ada staf yang khusus ditunjuk untuk mengelola keuangan pada masing-masing program.

Untuk kabupaten/kota yang belum mendapat dukungan dana, baik dari APBD maupun donor, maka staf Dinkes Provinsi menyiasatinya dengan menggunakan biaya perjalanan dinas. Dana tersebut digunakan untuk peningkatan kapasitas SDM di wilayah yang belum tersentuh program HIV. Pada situasi seperti ini, faktor personalisasi menjadi sangat signifikan. Pengelola program menyadari bahwa saat ini seluruh wilayah di Provinsi Sulawesi Selatan telah melaporkan keberadaan kasus HIV di daerahnya. Oleh karena itu, SDM seharusnya telah siap ketika menghadapi kasus-kasus ini.

Pengelolaan keuangan bagi program ini juga bergantung pada orang yang menjabat sebagai pengelola. Hal ini dikemukakan oleh para petugas lapangan dan koordinator CST dari LSM. Menurut mereka ketika program ini dikelola oleh orang yang peduli dengan komunitas, maka sangat banyak kemudahan yang diperoleh, terutama jika ada masalah birokrasi di tingkat layanan, rumah sakit maupun Puskesmas. Pengelola program HIV-AIDS di Dinkes Provinsi saat ini cukup terbuka menerima masukan maupun "aduan" dari tenaga lapangan (Lembaga Swadaya Masyarakat, LSM). Jika dapat diselesaikan segera, maka biasanya pengelola ini akan langsung menghubungi pihak layanan yang dimaksud. Selain itu, pertemuan koordinasi di tingkat Dinkes, juga menjadi sarana untuk "urun rembuk" persoalan-persoalan yang ada di lapangan. Kepedulian pengelola ini juga terlihat dari kemampuannya menyiasati dana yang ada untuk dapat juga dimanfaatkan bagi tenaga

kesehatan di luar wilayah Global Fund, sehingga walaupun wilayahnya belum tersentuh oleh program HIV, tenaga kesehatannya sudah dapat memperoleh pengetahuan dan kemampuan dalam penanggulangan HIV.

Kepedulian daerah terhadap program HIV juga telah ditunjukkan oleh kabupaten Barru dengan menyelenggarakan pelatihan tes HIV kepada petugas kesehatan, khususnya untuk pelaksanaan PITC (*provider-initiated testing and counselling*). Kegiatan ini menggunakan dana daerah dengan menggandeng Dinkes Provinsi sebagai narasumbernya.

Untungnya meskipun masih kecil sekali, mulai ada inisiatif dari pemerintah kabupaten. Kabupaten Barru contohnya, baru-baru ini mengundang kami untuk melakukan pelatihan sosialisasi tes HIV inisiasi tenaga kesehatan (PITC) dengan menggunakan dana APBD mereka. Memang masih kecil, tapi bagaimanapun harus diapresiasi (Rasmah, Dinkes Provinsi Sulawesi Selatan, 2 Juni 2014).

Dukungan pembiayaan terhadap KPA Provinsi Sulawesi Selatan dan KPA Kota Makassar (begitupula KPA di kabupaten-kabupaten lainnya) juga masih minim. Hal ini antara lain disebabkan karena dari sisi kelembagaan KPA memang mengalami berbagai kendala untuk dibiayai secara lebih bermakna oleh pemerintah daerah.

Dalam sistem penganggaran ada namanya tugas dan fungsi pokok (tupoksi) jadi harus diprioritaskan dulu yang tugas pokok, yang urusan wajib. Jadi ada namanya urusan wajib. Urusan wajib seperti pertanian, peternakan, perikanan, perhubungan, pendidikan itu kan masuk urusan wajib semua. Baru ini kalau ada sisanya dibagi-bagi lagi untuk urusan pilihan termasuk untuk HIV dan KPA. Itu dibicarakan dalam tim anggaran pemerintah daerah (TAPD) yang

ketuanya adalah Sekretaris Daerah (Sekda). Di situ lah digodok dan dibagi-bagi. Tapi yaa....itulah, urusan yang dianggap pokok atau wajib selalu didahulukan (Saleh Rajab, KPA Provinsi Sulawesi Selatan, 2 Juni 2014).

Dalam dimensi pendistribusian pembiayaan untuk program-program HIV-AIDS, lagi-lagi aspek tupoksi memainkan peran penting.

Meskipun memang Dinkes yang memiliki tupoksi khusus untuk kegiatan-kegiatan HIV-AIDS tetapi kita tidak bisa menutup mata bahwa ada organisasi SKPD lain yang juga harus terlibat. Jadi tinggal pintar-pintarnya SKPD memformulasikan program dan kegiatannya tapi tidak menunjukkan bahwa itu secara nomenklatur nama kegiatan itu kegiatan HIV-AIDS, tetapi "dibungkus" dalam tupoksi mereka. Jadi tinggal bagaimana dalam pelaksanaan kegiatannya mencantumkan hal yang berkaitan dengan HIV-AIDS. Misalnya target yang ingin dicapai bahwa pemahaman berkaitan dengan HIV-AIDS untuk Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) (Erwin Syafruddin, Badan Pengelola Keuangan dan Aset Kota Makassar, 14 Agustus 2014).

SKPD-SKPD di luar institusi kesehatan menyebutkan pengalaman-pengalaman mereka di masa lalu di mana anggaran yang mereka usulkan untuk kegiatan-kegiatan penanggulangan HIV tidak disetujui oleh Bappeda (Badan Perencanaan Pembangunan Daerah) dan DPRD (Dewan Perwakilan Rakyat Daerah) karena dianggap bukan tupoksi mereka. Untuk menyalahi kendala-kendala tersebut, maka mereka "membungkus" kegiatan-kegiatan pencegahan HIV-AIDS mereka dalam tupoksi mereka. Dinas Tenaga Kerja (Disnaker) misalnya "membungkus"

kegiatan-kegiatan HIV-AIDS mereka dalam bidang Keselamatan dan Keamanan Kerja (K3) yang memang menjadi tupoksinya.

Kami di Disnaker "membungkus" kegiatan-kegiatan HIV dalam bidang K3. Ini dimungkinkan karena ada Kepmen 68 tahun 2004 mengenai program P2 (Program Penanggulangan) HIV-AIDS di tempat kerja khususnya di bawah Direktorat Jenderal Pembinaan dan Pengawasan Ketenagakerjaan. Ini yang membuat kami bisa sedikit bergerak memakai dana K3 sekaligus mendatangi perusahaan-perusahaan dan mengadvokasi mereka bahwa mereka wajib melaksanakan kegiatan itu karena termasuk dalam norma ketenagakerjaan. Namun yaa ... tetap saja dana itu tidak mencukupi. Untungnya kami ada bantuan dari Balai Besar K3 yang turun langsung sama-sama pendampingan melakukan sosialisasi dan penyuluhan di perusahaan-perusahaan (Muhammad Nasir, staf Dinas Tenaga Kerja Kota Makassar, 2 Juni 2014).

Kalau untuk dianggarkan di APBD pasti selalu dilihat tupoksi. Jadi kita misalnya di Dinas Sosial, begitu mereka lihat ada kata-kata HIV, mereka langsung bilang mengapa kalian urusi masalah kesehatan (yang bukan tupoksi). Jadi ini yang susah karena walaupun kita tunjukkan bahwa ini ada aturannya, seperti Perpres 75 ada Permendagri 2007 itu yang menyebutkan ada pasal-pasal yang wajib dianggarkan, tapi Bappeda dan juga DPRD selalu mengatakan penganggaran berbasis tupoksi (M. Ihsan Idrus, Dinas Sosial Kota Makassar, 2 Juni 2014).

Penganggaran, prioritas dan pembiayaan dari APBD juga sangat dipengaruhi oleh prioritas tahunan yang ditetapkan oleh pemerintah provinsi ataupun kota/kabupaten.

Proporsi pembiayaan itu relatif karena bisa berubah setiap tahun sesuai prioritas pemerintah ... Artinya kondisional, bisa bervariasi tiap tahun tergantung prioritas pemerintah. Prioritas itu bisa dilihat di rencana pembangunan jangka menengah daerah (RPJMD), rencana pembangunan jangka panjang daerah (RPJPD). Di situ ditentukan mana yang diprioritaskan ... karena anggaran kan terbatas. Jadi yang paling menentukan itu prioritas pemerintah seperti yang terlihat pada janji-janji kampanye pada waktu Pilkada. Selain itu ya lalu tupoksi SKPD-SKPD itu ... untuk bidang kesehatan, selama ini yang selalu masuk menjadi prioritas itu misalnya penanggulangan gizi buruk (Erwin Syafruddin, Bagian Keuangan Kota Makassar, 14 Agustus 2014).

Terbatasnya anggaran dari APBD yang dialokasikan untuk penanggulangan HIV-AIDS mengharuskan adanya kegiatan untuk mengadvokasi kementerian-kementerian terkait supaya dapat mengalokasikan sebagian Dana Alokasi Khusus (DAK) atau dana dekonsentrasi dari kementerian bersangkutan untuk program-program penanggulangan HIV-AIDS di daerah-daerah.

Saya di tingkat nasional sering usulkan supaya kementerian-kementerian terkait itu memperbesar Dana Alokasi Khusus atau dana dekonsentrasi untuk membantu juga teman-teman di daerah ... pengurus KPA Nasional itu kan ada 23 kementerian yang terkait. Kalau semua kementerian mengalokasikan sebagian DAK untuk penanggulangan HIV dan didistribusikan ke daerah, ya saya kira cukup membantu sambil kita berharap ke APBD (Saleh Rajab, KPA Provinsi Sulawesi Selatan, 2 Juni 2014).

Masih banyaknya kendala-kendala dalam pembiayaan program-program HIV-AIDS dari APBD itu juga belum diiringi dengan koordinasi yang kuat antar SKPD dan dalam membicarakan strategi pengajuan anggaran dari masing-masing SKPD. Masing-masing SKPD menganggarkan sendiri-sendiri (lewat strategi "membungkus" seperti yang dijelaskan di atas). Namun, belum ada koordinasi yang kuat untuk mensinergikan usulan-usulan tersebut. Pelaksanaan kegiatan-kegiatan penanggulangan HIV-AIDS di masing-masing SKPD juga belum dikoordinasikan dengan rapi. Demikian halnya dengan pencatatan dan pelaporan kegiatan-kegiatan tersebut ke KPA Provinsi dan Kabupaten/Kota.

Posisi KPA Provinsi sebagai lembaga yang keberadaannya berdasarkan peraturan presiden dianggap tidak cukup kuat untuk menjadi "pengungkit" di instansi yang merupakan satuan kerja di daerah. Lembaga ini bukanlah bagian dari struktur organisasi pemerintah daerah, sehingga sering "dianaktirikan". Sebagai "anak tiri", KPA Provinsi merasa sulit ketika hendak mengkoordinisir instansi yang merupakan bagian dari organisasi pemerintah daerah (yang dianalogikan sebagai "anak kandung") untuk penanggulangan AIDS di daerah. Posisi Komisi Penanggulangan AIDS sebagai lembaga non kementerian yang hanya berdasarkan peraturan presiden, dirasakan belum cukup kuat termasuk ketika berhubungan dengan pemanfaatan dana di daerah.

Namun di tengah-tengah banyak kendala dalam hal pembiayaan terhadap kegiatan-kegiatan penanggulangan HIV-AIDS seperti yang disebutkan di atas, sudah mulai muncul meskipun masih dalam jumlah terbatas, sumbangan dari sektor swasta (perusahaan-perusahaan) dalam mendukung program-program HIV-AIDS. Oleh karenanya upaya advokasi maupun negosiasi terhadap pihak swasta masih menjadi upaya yang terus menerus dilakukan oleh para pelaku program,

baik di tingkat pemangku kepentingan dalam struktur organisasi daerah, maupun mereka yang berada pada organisasi berbasis komunitas.

#### *Upaya Kesehatan*

Di Kota Makassar, terdapat beberapa layanan bagi penanggulangan HIV-AIDS; diantaranya penjangkauan (*outreach*), pencegahan, pengobatan infeksi menular seksual (IMS), tes dan konseling (VCT dan PITC), perawatan, dukungan dan pengobatan (PDP/CST), program terapi rumatan metadon (PTRM/MMT), layanan alat suntik steril (LASS), outlet kondom, pencegahan penularan dari ibu ke anak (PMTCT), pemberian ARV maupun mitigasi dampak yang disediakan oleh berbagai SKPD maupun LSM di Kota Makassar.

Namun terdapat perbedaan tingkat kerutinan layanan-layanan di atas, di mana layanan yang beroperasi paling teratur rutin adalah layanan-layanan pencegahan yang dilakukan terutama oleh tenaga-tenaga penjangkau dari LSM-LSM dan layanan PDP yang dilakukan oleh sektor-sektor kesehatan (Dinkes, Rumah Sakit, Puskesmas) di Kota Makassar. Layanan-layanan pencegahan sebenarnya juga dilakukan oleh beberapa lembaga atau SKPD di luar kesehatan, seperti Dinas Tenaga Kerja Kota Makassar dan Dinas Pendidikan dan Kebudayaan Kota Makassar, namun lebih bersifat sporadis dibandingkan kegiatan pencegahan sehari-hari yang dilakukan LSM-LSM dan PDP di Rumah Sakit ataupun Puskesmas.

Saat ini Puskesmas yang menyediakan layanan narkoba serta HIV dapat diakses antara pukul 08.00 dan 14.00, sesuai dengan jam kerja pegawai Puskesmas. Di kalangan komunitas, waktu pelayanan seperti ini dianggap kurang, terutama jika terjadi situasi darurat, seperti kehabisan obat antiretroviral (ARV) atau mengalami sakit akibat efek samping ketika

awal terapi ARV. Pada saat *cultural meeting*<sup>1</sup> terungkap bahwa sebagian besar ODHA ataupun pengguna narkoba merasa lebih nyaman menerima pelayanan di Puskesmas dibandingkan di Rumah Sakit. Alasan utamanya adalah bahwa birokrasi yang tidak terlalu berbelit-belit, serta perlakuan petugas yang lebih bersahabat (tidak formal) ketika mereka ke Puskesmas.

Di bidang pencegahan HIV-AIDS di Kota Makassar, kegiatan-kegiatan pencegahan rutin lebih banyak dilakukan oleh tenaga-tenaga penjangkau (*outreach workers*) dari LSM-LSM. Selain itu, khusus di wilayah-wilayah Puskesmas LKB (layanan komprehensif berkelanjutan) terdapat *community organisers* yang berfungsi membentuk Pusat Informasi Kesehatan Masyarakat (PIKM).

PIKM memiliki kader-kader dari masyarakat dan dari populasi kunci yang telah dilatih. PIKM ini menyediakan media-media komunikasi, informasi dan edukasi HIV-AIDS yang disebarkan oleh kader-kader ke masyarakat dan populasi kunci. Melalui PIKM ini para *community organisers* dan tenaga-tenaga penjangkau lapangan serta kader-kader mengadakan penyuluhan di masyarakat. Pemilihan wilayah berdasarkan wilayah LKB maupun wilayah yang dianggap rawan seperti wilayah-wilayah di mana tingkat penyalahgunaan narkoba lebih tinggi. Kegiatan-kegiatan ini bertujuan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat mengenai risiko HIV dan untuk melakukan test HIV. Kegiatan tes HIV dilakukan bekerjasama dengan Puskesmas, ini dilakukan dalam bentuk pelayanan dalam gedung maupun luar gedung melalui "*mobile VCT*".

Di bawah program yang dibiayai oleh Global Fund, Perkumpulan Keluarga Berencana

Indonesia (PKBI) dengan programnya mengkoordinir sejumlah petugas lapangan dan pendamping ODHA (*buddies*) agar berada di beberapa fasilitas kesehatan baik rumah sakit maupun puskesmas penyedia layanan HIV-AIDS. Hal ini dilakukan sebagai bentuk sosialisasi keberadaan masyarakat sipil dalam pelaksanaan layanan kesehatan terkait HIV-AIDS. Selain itu menjadi upaya pengenalan terapi psikososial bagi ODHA yang akan berobat jalan. Terapi psikososial disediakan oleh LSM dengan memberikan dukungan bagi ODHA dan keluarganya dalam upaya peningkatan kualitas hidup ODHA.

#### *Sumber Daya Manusia*

Pada sub-sistem sumber daya manusia (SDM) terkait program-program penanggulangan HIV-AIDS, ada sejumlah isu yang menonjol, seperti SKPD di bidang kesehatan (Dinkes) di Kota Makassar yang menganggap jumlah SDM untuk pelayanan di Puskesmas dan Rumah Sakit tidak mencukupi. Walaupun demikian, belum ada kebijakan yang mengatur keberadaan tenaga kontrak seperti konselor ataupun pekerja sosial lain selain tenaga kesehatan.

Saya kira jumlah SDM untuk menjalankan Pokja di Rumah Sakit Wahidin ini belum cukup. Masih kurang tenaga kita yang sudah dilatih. Mungkin baru seperempatnya. Staf rumah sakit kan banyak. Yang sudah dilatih sebagian besar masih tenaga medis, karena kita belum bergerak melatih staf non-medis. Yang bagian informasi harus diberi pengetahuan sedikit. Itu belum tersentuh. Harusnya tambah terutama konselor. Konselor sekarang kan sisa 3 orang yang aktif. Yang tadinya 7 karena namun kan yang empat orang dulu residen yang lagi ikut pendidikan. Nah begitu mereka selesai, mereka tak di sini lagi kan. Berkurang lagi. Rata-rata begitu ceritanya, tinggal 3 yang bertahan

---

<sup>1</sup> *Cultural meeting* adalah pertemuan dengan tujuan untuk berdiskusi dengan para penerima manfaat program tentang apa yang mereka rasakan dari layanan yang ada, dan harapan mereka terhadapnya.

sekarang. Yang "full time" di Pokja kan hanya saya. Saya kan akan pensiun. Tidak mungkin saya di sini terus-menerus (Tesi, staf Pokja RS. Wahidin Sudirohusodo Makassar, 25 Juli 2014).

Kekurangan jumlah SDM juga terjadi pada pelayanan pendampingan terhadap ODHA (di luar Puskesmas dan Rumah Sakit) yang selama ini dilakukan oleh tenaga-tenaga pendamping dari LSM yang dinilai masih tidak mencukupi dibandingkan jumlah ODHA dan populasi kunci di kota ini. Sementara itu belum ada kebijakan dan inisiatif yang memungkinkan SKPD kesehatan seperti Dinas Kesehatan, Rumah sakit dan Puskesmas untuk merekrut dan membiayai staf dari luar seperti dari LSM-LSM.

Masalah lain terkait dengan SDM ini ini adalah masalah rendahnya komitmen tenaga-tenaga kesehatan yang telah dilatih, misalnya mereka yang telah dilatih mengenai penanganan infeksi oportunistik, tidak langsung menangani kasus di layanannya masing-masing melainkan masih mengirimkan pasiennya ke RSWS.

Menurut catatan kami itu sebenarnya tinggal 6 kabupaten di Sulawesi Selatan tahun ini yang mesti dilatih mengenai penanganan infeksi oportunistik. Alhamdulillah ada dana APBN untuk melatih 6 kabupaten yang terakhir itu. Namun masalahnya banyak kabupaten yang kita sudah latih tapi kerjanya hanya merujuk ke Rumah Sakit Wahidin. Belum lagi kalau tenaga yang sudah kita latih tiba-tiba diganti, dimutasi atau pindah dan melanjutkan pendidikan. Kalau sudah begini, kita mesti memberi pelatihan lagi untuk staf yang baru. Masalah pelatihan SDM ini memang rumit dan seperti tidak ada habisnya (Rasmah, Pengelola program HIV Dinkes Provinsi, 23 Juni 2014).

Kita tahu di Sulawesi Selatan ini semua kabupaten sudah ada ODHA

tapi masih banyak SDM kita yang meragukan. Semestinya pasien-pasien ODHA bisa sebenarnya ditangani di kabupaten/kota tapi kenapa selalu dikirim ke Rumah `Sakit Wahidin. Ini yang jadi masalah dari dulu-dulu. Mungkin pelatihan SDM tiap daerah sudah semua, komitmennya barangkali ini yang tidak ada karena saya tahu Dinkes sudah melatih itu sudah berapa angkatan tapi buktinya masih begitu (Mahmud, Pokja RS. Wahidin Sudirohusodo Makassar, 25 Juli 2014).

Adanya pengembangan SDM terkait layanan HIV lewat program kolaborasi untuk penanganan ko-infeksi TB-HIV, program untuk Pencegahan Penularan dari Ibu ke Anak (PPIA) serta program penguatan Sistem Informasi mengenai HIV-AIDS (SIHA), mengakibatkan meningkatnya jumlah pelatihan bagi staf di layanan kesehatan sekaligus memicu kolaborasi antar bagian atau departemen dalam layanan kesehatan tersebut. Tuntutan melakukan akreditasi bagi rumah-rumah sakit termasuk penguatan kapasitas staf rumah sakit yang terkait dengan MDGs di mana penanganan HIV termasuk di dalamnya juga merupakan peluang untuk penguatan SDM terkait dengan layanan PDP bagi ODHA di rumah sakit-rumah sakit. Tenaga kesehatan yang terlibat dalam penanggulangan HIV-AIDS sampai saat ini belum memiliki akreditasi khusus. Mereka hanya diikutsertakan dalam pelatihan sesuai dengan posisi mereka di program/layanan. Meskipun sebagian besar pelatihan untuk penguatan SDM masih ditanggung oleh lembaga vertikal seperti Kementerian Kesehatan dan lembaga donor (Global Fund), sudah mulai ada peningkatan pembiayaan khususnya dari rumah sakit-rumah sakit (negeri maupun swasta) untuk peningkatan kapasitas SDM terkait layanan PDP bagi ODHA di Kota Makassar.

### *Personalisasi*

Dalam hal upaya koordinasi layanan antar pelaku program HIV-AIDS, terdapat komunikasi yang teratur dan kedekatan personal antara tenaga-tenaga penjangkau dengan tenaga-tenaga kesehatan di Puskesmas maupun di Rumah Sakit. Frekuensi bertemu yang tinggi membuat mereka saling kenal dan saling memahami kelebihan masing-masing, sebagaimana diungkapkan berikut ini:

Kita sudah tahu kelebihan masing-masing. Teman-teman LSM fokus di penjangkauan dan pencegahan. Kita di Rumah Sakit fokus pada CST. Karena teman-teman LSM sering ke rumah sakit juga mendampingi para ODHA kita jadi saling kenal. Kita di Rumah Sakit juga sering merujuk kawan-kawan ODHA untuk didampingi teman-teman LSM setelah mereka keluar dari perawatan di sini (Mahmud, Staf Pokja RS. Wahidin Sudirohusodo Makassar, 25 Juni 2014).

Penanggulangan HIV-AIDS seyogyanya tidak hanya menjadi tanggung jawab bidang kesehatan, tapi merupakan usaha lintas sektor. Instansi/lembaga yang memiliki fungsi bidang kesehatan ataupun berkepentingan kuat dengan program HIV memiliki kepedulian dan melaksanakan upaya maksimal sesuai dengan yang diamanatkan dalam tupoksinya dan program yang dijalankan. Di kota Makassar, upaya menumbuhkan kepedulian datang dari mereka yang kesehariannya berhubungan dengan ODHA maupun mereka dengan tupoksi yang mendukung penanggulangan HIV di kota ini. Dukungan SDM yang peduli seringkali mempermudah populasi kunci dalam memperoleh manfaat program. Mekanisme yang terbangun baik di tingkat instansi maupun lintas sektor sangat berpengaruh dari peran SDM di dalamnya. Namun situasi ini juga menimbulkan hambatan tersendiri ketika terjadi rotasi jabatan, karena pejabat yang baru

biasanya belum terbiasa dengan rutinitas yang ada. Begitu pula di tingkat pelayanan kesehatan, jika hal ini terjadi para penerima manfaat program harus kembali mengenal dan ini merupakan proses yang tidak mudah bagi mereka karena oleh sebagian orang isu narkoba maupun HIV masih berhadapan dengan diskriminasi.

Menumbuhkan kepedulian bukanlah hal yang mudah dan merupakan proses yang terjadi secara subyektif pada seseorang. Hal ini merupakan salah satu faktor yang mendukung upaya penanggulangan HIV-AIDS di kota Makassar. Eksistensi mereka yang peduli secara personal telah menjadi penggerak program, sehingga ketidakhadiran mereka menjadi penghambat terlaksananya program penanggulangan HIV di kota ini.

Rasa kepedulian dari mereka yang menjalankan upaya penanggulangan HIV membuat kinerja program berjalan dengan baik, tetapi hal ini juga membuat para penerima manfaat (populasi kunci) tergantung pada person yang ada. Jika terjadi pergantian ataupun kealpaan dari person tersebut, maka ada hambatan yang dirasakan oleh para penerima manfaat. Pelayanan yang ada terasa tidak maksimal karena “tidak ada rasa kepedulian” dari person yang baru, ataupun mereka justru sungkan karena harus berhadapan dengan orang yang baru mengetahui status mereka sebagai orang dengan HIV. Situasi seperti inilah menjadikan “ketergantungan” tersendiri bagi program terhadap SDM yang ada, ibarat “pisau bermata dua”, kepedulian personal menjadi dukungan program tetapi juga hambatan bagi pelaksanaan penanggulangan HIV di kota ini.

### **Kesimpulan**

Keberadaan kebijakan mengenai penanggulangan HIV-AIDS di provinsi Sulsel merupakan upaya bersama dari pemerintah dan masyarakat dalam hal ini LSM maupun organisasi masyarakat yang bergerak pada isu



HIV-AIDS. Peraturan daerah No.4 tahun 2010 sebagai landasan dan bentuk kepedulian daerah terhadap upaya menanggulangi HIV-AIDS di daerah ini. KPA Provinsi (KPAP) sebagai lembaga koordinasi bagi instansi di provinsi pada prakteknya belum mampu mendorong implementasi dalam upaya penanggulangan HIV-AIDS. Hal ini dikarenakan posisinya yang bukan merupakan lembaga struktural di pemerintah provinsi sehingga tidak memiliki cukup kekuatan untuk mendorong SKPD lain untuk terlibat dan aktif dalam upaya penanggulangan HIV yang terintegrasi dalam sistem yang ada pada masing-masing instansi.

Pada instansi diluar bidang kesehatan, aktivitas yang berkaitan dengan penanggulangan HIV biasanya tidak tercantum secara eksplisit. Demikian pula dalam hal pembiayaan, karena dianggap tidak memiliki tupoksi yang berhubungan langsung dengan isu HIV-AIDS, maka upaya “membungkusnya” dengan kegiatan lain dilakukan agar kegiatan yang berbau isu ini masih dapat terlaksana. Kembali lagi faktor personal menjadi hal penting dalam strategi ini, karena hanya mereka peduli dan memiliki kesadaran untuk berperan serta yang mau melakukan upaya kreatif seperti ini.

Upaya kesehatan yang berkaitan dengan perawatan, dukungan dan pengobatan bagi ODHA ada merupakan rutinitas dari instansi kesehatan maupun LSM yang bergerak di isu penanggulangan HIV-AIDS di kota ini. Waktu pelayanan yang mengikuti jam kerja pada umumnya dirasakan perlu lebih fleksibel terutama pada kondisi darurat. Sedangkan di instansi non-kesehatan, upaya penanggulangan HIV lebih banyak berfokus pada kegiatan pencegahan, biasanya dalam bentuk sosialisasi/penyuluhan dan ini juga melibatkan dinkes ataupun LSM yang ada.

Ketergantungan program terhadap pemerintah pusat juga terjadi pada upaya meningkatkan keterampilan petugas ataupun berada pada program HIV. Penyelenggaraan

pelatihan bagi petugas selama ini hanya dilakukan oleh kementerian kesehatan. Hal ini karena dikarenakan masih kurangnya tenaga terlatih yang sudah tersertifikasi di provinsi ini. Selain itu adanya pemindahan ataupun pergantian jabatan juga mengakibatkan mereka yang sudah dilatih kemudian berpindah ke instansi ataupun kabupaten lain.

Menjadi bagian dari “aktor” pada program HIV-AIDS tidak hanya membutuhkan skill ataupun pengetahuan tetapi juga membutuhkan kepedulian. Namun, kepedulian orang-orang yang berada pada program HIV-AIDS ini terkadang kemudian juga menjadi kelemahan, ibarat “pisau bermata dua”, karena ketika ada pergantian/rotasi jabatan, maka kinerja layanan ikut terpengaruh. Person yang baru belum tentu memiliki kepedulian yang sama atau para penerima manfaat belum terbiasa berhadapan dengan petugas yang baru. Ketakutan akan diskriminasi menjadi hal tersendiri karena untuk membuka status sebagai orang dengan HIV bukanlah hal yang mudah, mengingat penerimaan seseorang terhadap isu ini belumlah sepenuhnya bebas dari stigma diskriminasi. Beberapa anggota LSM dan populasi kunci mengatakan bahwa kemajuan-kemajuan yang ada saat ini terkait dengan layanan kesehatan masih lebih banyak karena kebaikan personal (personalisasi) orang-orang tertentu di lembaga-lembaga tersebut. Hubungan kerja yang dekat, spesifik dan bersifat sehari-hari (rutin) membuat hubungan personal antara orang-orang kunci dari lembaga/instansi pada program HIV-AIDS menjadi dekat (banyak di antara mereka adalah generasi awal aktivis HIV-AIDS di Sulawesi Selatan).

Dengan mencermati fakta-fakta di atas, maka ke depannya diharapkan agar pemerintah daerah dapat mempertimbangkan perlunya kebijakan yang mengatur peran dari SKPD, terutama pada program yang menuntut keberlangsungan jangka panjang. Ketergantungan program terhadap pembiayaan

dari pusat maupun donor asing perlu diasiasi juga dengan mulai melibatkan sektor swasta dengan melalui dana CSR nya.

Penelitian ini merupakan bagian daripada studi yang dilakukan di Makassar dan Pare-pare tentang Integrasi Upaya Penanggulangan HIV-AIDS dalam Kerangka Sistem Kesehatan Nasional. Adapun anggota dalam penelitian ini adalah Sudirman Nasir, Sitti Salmah, Hersumpna dan Ignatius Praptoraharjo. Studi ini terselenggara atas kerja sama antara Pusat Kajian Manajemen Kesehatan (PKMK) Universitas Gadjah Mada dan Universitas Hasanuddin serta dukungan dari DFAT-Australia.

#### Daftar Pustaka

- Atun R.; de Jongh T.; Secci F.; dan Ohiri K., A. O. 2010. "Integration of Targeted Health Interventions into Health Systems: A Conceptual Framework for Analysis". *Health Policy and Planning* 25(2):104-111.
- Cash-Gibson, L. dan Rosenmoller, M. 2014. "Project Integrate-A Common Methodological Approach to Understand Integrated Health Care in Europe". *International Journal of Integrated Care*, October-December:1-11.
- Coker, R.; Balen, J.; Mounier, S.; Shigayeva, A.; Lazarus, J.; Rudge, J.; Naik, N. dan Atun, R. 2010. "A Conceptual and Analytical Approach to Comparative Analysis of Country Case Studies: HIV and TB Control Programmes and Health Systems Integration". *Health Policy and Planning*, 25(1):i21-i31.
- Conseil, A.; Mounier-Jack, S.; dan Coker, R. 2010. "Integration of Health Systems and Priority Health Interventions: a Case Study of the Integration of HIV and TB Control Programmes into the General Health System in Vietnam". *Health Policy and Planning* 25(1): i32-i36.
- Desai, M.; Adisasmto, R.J.W., Mounier-Jack, S.; dan Coker, R. 2010. "Critical Interactions between Global Fund-Supported Programmes and Health Systems: a Case Study in Indonesia". *Health Policy and Planning*, 25(1):i43-i47.
- Ford, N.; Siregar, N.; Ngatimin, R. dan Maidin, A. 1997. "The Hidden Dimension: Sexuality and Responding to Threat of HIV/AIDS in South Sulawesi". *Health and Place*, 3(i4): 249-258.
- Green, J., dan Thorogood, N. 2009. *Qualitative Methods in Health Research*. USA: Sage Publications.
- Grepin, A. K. dan Michael R.R. 2008. "Conceptualizing Integration: A Framework for Analysis Applied to Neglected Tropical Disease Control Partnership". *PLOS Neglected Tropical Disease*, 2(4):1-4.
- Kawonga, M.; Blaauw, D.; dan Fonn, S. 2012. "Aligning Vertical Interventions to Health System: A Case Study of HIV Monitoring and Evaluationa System in South Africa". *Health Research Policy and System*, 10(20):1-13.
- Kawonga, M.; Fonn, S.; dan Blaauw, D. 2013. "Administrative of Vertical Monitoring and Evaluation in to Health Study; Case Study in South Africa". *Global Health Action*, 6(10):157-168.
- Nasir, S. dan Rosenthal. D. 2009. "The Social Context of Initiation Into Injecting Drugs in the Slums of Makassar, Indonesia". *International Journal of Drug Policy*, 20(3): 237-243.

Shigayeva, A.; Atun, R.; McKee, R. dan Coker, R. 2010. "Health Systems, Communicable Diseases and Integration". *Health Policy and Planning*, 25(1):i4-i2.

Tribun Timur. 2014. "Setiap Hari Ada 2-3 Kasus Baru HIV Ditemukan di Sulawesi Selatan". *Rubrik Kesehatan Sulawesi Selatan*, 23 Juni.